



Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo de adolescentes

Francisco Crespo Molero¹; Cristina Sánchez Romero²

Recibido: Mayo 2017 / Evaluado: Diciembre 2017 / Aceptado: Diciembre 2017

Resumen. El trabajo que se presenta analiza el impacto que el Trastorno Mental Grave (TMG) provoca en la evolución académica de un adolescente. Utilizando un enfoque metodológico mixto con agentes informantes claves, la muestra de participantes fue constituida por profesores que imparten clases en los Centros Educativos Terapéuticos (CET) de la Comunidad de Madrid y coordinadoras de los CET. El análisis de datos cuantitativos se ha llevado a cabo a través de la prueba Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher para garantizar que existe correlación entre variables con el programa (SPSS, v.20.0). El análisis cualitativo se ha realizado utilizando unidades hermenéuticas y redes semánticas con el programa ATLAS/ti versión 1.0.45 (185). Existe una relación significativa entre la percepción del fracaso escolar en los alumnos/as con TMG y, el nivel de integración de estos en sus centros $\chi^2(4)=16.250$ $p .003 < .05$. $p .039 < .05$. Los resultados muestran que el TMG tiene impacto en la vida académica de los estudiantes.

Palabras clave: trastorno mental grave; fracaso escolar; centros educativos terapéuticos; adolescents; inclusión.

[en] Impact of Severe Mental Disorder in the educational field of adolescents

Abstract. This paper presents analyzes the impact that Severe Mental Disorder (SMD) causes on the academic evolution of adolescents. Using a mixed methodological approach with key informants agents, the participating sample consisted of teachers who taught classes in the Therapeutic Educational Centers (THC) of the Madrid Regional Authority and coordinators of the THC. The analysis of quantitative data has been developed through Chi-square test and Fisher's exact test to ensure that there is correlation between variables with the program (SPSS, v.20.0). The qualitative analysis has been carried out using hermeneutical units and semantic networks with the ATLAS program / ti version 1.0.45 (185). There is a significant relationship between the perception of school failure in the students with TMG and the level of integration of these in their centers $\chi^2(4) = 16.250$ $p .003 < .05$. $P .039 < .05$. The results show that the TMG has an impact on the academic life of students.

Keywords: severe mental disorder; school failure; therapeutic educational centers; teenagers; inclusion.

Sumario. 1. Introducción. 2. Instrumentos y participantes. 3. Objetivo. 4. Procedimiento. 4.1. Cuestionario. 4.2. Entrevistas. 4.3. Estudios de casos. 5. Análisis de datos. 5.1. Cuestionario. 5.2. Entrevistas. 5.3. Estudio de casos. 6. Resultados. 7. Discusión y conclusiones. 8. Referencias bibliográficas.

¹ Escuela Internacional de Doctorado Universidad Nacional de Educación a Distancia (España)

E-mail: pacocrespomolero@gmail.com

² Universidad Nacional de Educación a Distancia (España)

E-mail: csanchez@edu.uned.es

Cómo citar: Crespo Molero, F.; Sánchez Romero, C. (2019). Impacto del Trastorno Mental Grave en el ámbito educativo de adolescentes. *Revista Complutense de Educación*, 30(1), 205-223.

1. Introducción

La aparición del Trastorno Mental Grave (TMG) en la adolescencia se convierte en un condicionante que dificulta considerablemente el desarrollo de la persona. Las enfermedades psiquiátricas afectan al rendimiento académico y adaptación escolar del adolescente que lo padece pudiendo provocar diferentes alteraciones en su vida, tanto personal como académica. No podemos olvidarnos de la dimensión social y la carga negativa que lleva asociada la enfermedad mental, no solo en la adolescencia, sino en cualquier etapa evolutiva. Es así como podríamos decir que las personas con enfermedad mental tienen que enfrentarse a un doble problema, a la sintomatología de la propia enfermedad y al estigma que la sociedad proyecta sobre ella (Moreno, Sánchez y López de Lumnas, 2014).

Señalaremos que en muchas ocasiones tener una enfermedad mental va asociado a la pérdida de habilidades emocionales y al deterioro de habilidades relacionales (Martín-Contero, Secades-Villa, Aparicio-Miguez y Tirapu-Ustároz, 2017), y esa dificultad en la relación con iguales y adultos repercute negativamente en una doble vertiente, tanto en el desarrollo de la enfermedad, como en el desarrollo educativo del alumnado.

Entre el 10 y el 20% de los niños y adolescentes sufren trastornos psiquiátricos y solo una quinta parte son correctamente diagnosticados (Fernández y Gómez 2009), y por otro lado sabemos que en la Región Europea gran parte de los países tienen una prevalencia de TMG entre el 0.6% y el 1% (Consejería de Sanidad, 2014). Extrapolando este dato a la Comunidad de Madrid podríamos estar hablando de un mínimo de 5.286 alumnos/as con TMG en la Comunidad de Madrid durante el curso 2016-2017.

Podríamos afirmar que existe una relación significativa entre la edad y el diagnóstico (Navarro-Pardo, Meléndez, Sales y Sancerni, 2012), existiendo relación entre la población de menor edad y las adquisiciones evolutivas con los trastornos externalizantes en chicos. En las chicas los trastornos internalizantes correlacionan con los grupos poblacionales de mayor edad. Hemos diferenciado entre trastornos externalizantes e internalizantes señalando dos maneras diferenciadas de entender el impacto del TMG en el ámbito educativo, es decir, los trastornos externalizantes se perciben fácilmente en el aula ya que pueden provocar conflicto convivencial. Los trastornos internalizantes se visibilizan menos, pudiendo pasar desapercibidos. Los varones (López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López, 2009) presentan mayor porcentaje de síntomas externalizantes y son derivados en mayor número a consulta. Estos autores señalarán como factores externalizantes el Déficit de Atención e Hiperactividad, Problemas de Conducta y Oposicionismo desafiante. Por otro lado, la sintomatología externalizante está representada por conductas desadaptadas y presentan comorbilidad con alteraciones de Ansiedad y Depresión sobre todo en Trastornos de Conducta y Oposicionismo Desafiante. Se observa comorbilidad entre problemas de pensamiento y problemas de conducta. Con respecto a los factores internalizantes o

alteraciones de las emociones, podemos señalar la Ansiedad, la Depresión y Quejas Somáticas (López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López, 2010).

Entre las consecuencias negativas que resultan de la interacción entre diferentes factores psicosociales y biológicos nos encontramos, entre otras cosas, con la psicopatología y el fracaso escolar. No siempre van unidas, pero sí que nos parecerá importante analizar cómo y en qué términos se da el fracaso escolar en alumnado con TMG. Ambas serían el corolario de la interacción de diversos factores, por lo que nos parece pertinente preguntarnos por cómo impacta el deterioro de salud mental de un adolescente en su vida académica. Estaríamos hablando de una relación bidireccional. Por un lado el fracaso escolar actuaría como factor de riesgo para la pérdida de salud mental (Szumilas, Kutcher y Langille, 2010) y por otro la pérdida de salud mental se convierte en una dificultad añadida para el recorrido académico de un estudiante. En este sentido señalaremos que los trastornos disruptivos y el consumo de drogas son los elementos que más influyen en el fracaso escolar y que los trastornos internalizantes tienen menos incidencia (Esch et al, 2014), la explicación podría estar en que los niños con reducidas competencias conceptuales y procedimentales experimentan más dificultades y frustraciones respecto al éxito educativo externalizando sus problemas a través del comportamiento, mientras que los niños y niñas con reducidas habilidades sociales desarrollan estilos de afrontamiento para alcanzar logros educativos menos limitantes que los trastornos externalizantes. Estos mismos autores señalarán los factores de riesgo que más coincidencia suscitan en todas las publicaciones analizadas, siendo estos: Factores económicos, edad de aparición del trastorno mental, rendimiento académico y apoyo familiar. De nuevo volvemos a encontrar el rendimiento académico como un factor decisivo que se relaciona con la enfermedad mental. En este caso se visualiza el rendimiento académico como factor de riesgo del TMG y no al revés.

2. Instrumentos y participantes

Enmarcamos nuestra intención investigativa dentro de una visión descriptiva más que explicativa. El trabajo de campo se realizó durante el curso 2015-2016 y 2016-2017. La información obtenida se realizó a través de tres fuentes:

- Entrevistas en profundidad a informantes clave (Hernandez, 2014), Coordinadoras de los Centros Educativos Terapéuticos. Los CET dan atención educativa al alumnado con TMG. Su actividad se desarrolla de manera integrada dentro de los Hospitales de Día dentro de la Comunidad de Madrid en horario de mañana a través de una atención terapéutica intensiva y multidisciplinar. Hemos realizado entrevistas a 5 de los 6 CET existentes en toda la Comunidad de Madrid.
- Cuestionario a profesorado que trabaja en CET. Ubicado dentro del marco de la investigación cuasi-experimental, en concreto de la investigación *ex-post-facto* (Cohen, Manion y Morrison, 2011). Para la selección de la muestra hemos utilizado el método no probabilístico intencional o deliberado con informantes clave (Gil, 2011a). Es así como el universo estaría formado por 23 profesores y profesoras de los cuales 15 han contestado el cuestionario, siendo este el número que conforma la muestra.

- Estudio de casos. Utilizamos el estudio de casos concretos de una muestra seleccionada a través de muestreo motivado en el que ha primado la representatividad analítica (Padgett, 2016). Hemos utilizado la narrativa de 18 casos entendiendo que su relevancia se sustenta en la procedencia de los mismos (Coller, 2000). La selección de los casos elegidos ha pretendido representar la heterogeneidad que existe en la interacción del TMG y el ámbito educativo.

Integrando técnicas metodológicas cuantitativas y cualitativas hemos querido responder a la necesidad de establecer mecanismos de control interno a través de la triangulación. Metodológicamente desde un enfoque mixto (Creswell, 2014) hemos contrastado los datos de la narrativa de los informantes claves con los datos del cuestionario y de los análisis de casos.

3. Objetivo

Partiendo de la importancia que el ámbito educativo tiene para cualquier adolescente como elemento socializador, formativo y estructurante, nos planteamos como objetivo para esta investigación analizar el impacto que el TMG tienen en la vida académica de un adolescente.

4. Procedimiento

4.1. Cuestionario

La elaboración del cuestionario ha seguido las siguientes etapas: Primero establecimos dimensiones de análisis en base al marco teórico. Definidos los ítems procedimos a la construcción de un primer modelo que se sometió a validación. De 13 preguntas se utilizó la escala de actitudes sumativa de Likert en 7. También se utilizó una pregunta cerrada politómica junto a 5 preguntas abiertas que se analizaron de manera inductiva extrayendo categorías de las respuestas. Se realizó una validación de 4 jueces expertos: 2 Doctoras en Educación, 1 Doctor en Psicología y 1 Psicóloga Experta en Psicología Educativa y Psicometría. Recibida la valoración de los expertos se redefinió el cuestionario para su posterior aplicación. Para la recogida y análisis de datos utilizamos la herramienta Formularios de Google. En la introducción del cuestionario se incorpora un consentimiento informado. Analizamos los datos obtenidos con SPSS 20.0. Para establecer la fiabilidad del cuestionario utilizamos el coeficiente de consistencia interna α de Cronbach tomando 1 como valor máximo de α (Gil, 2001b). Obtenemos un α de Cronbach de .71 lo que significa que en un 71% de posibilidades el cuestionario es fiable.

Teniendo en cuenta que la muestra es muy pequeña y no podemos garantizar que los ítems cumplan criterios de normalidad estadística, hemos utilizado junto a la prueba Chi-cuadrado la prueba exacta de Fisher. De esta manera garantizamos que existe correlación entre variables. Para el análisis de las variables utilizamos SPSS 20.0.

4.2. Entrevistas

En el inicio de cada una de las entrevistas informamos a las participantes de la intención de la investigación y obtenemos su consentimiento informado para el uso del material recogido en las grabaciones de audio. Utilizamos las mismas preguntas que han dado soporte al cuestionario. Para el análisis de las entrevistas procedimos a categorizar y codificar cada una de ellas. Hemos utilizado la generación inductiva de categorías, partiendo de un planteamiento deductivo con preguntas de indagación previamente definidas para a través del método inductivo extraer y definir categorías y subcategorías. Para realizar el trabajo de análisis de nuestra unidad hermenéutica y realización de redes semánticas hemos utilizado el programa ATLAS/ti versión 1.0.45 (185). El análisis se ha realizado pregunta a pregunta. Finalmente se establecieron mapas semánticos que sirvieron para presentar la información de manera resumida y sintetizada generando un discurso integrado. Posteriormente hemos triangulado la información resultante con los datos obtenidos de los cuestionarios y de los estudios de casos.

Las preguntas utilizadas han sido las siguientes:

Tabla 1. Preguntas cuestionario y entrevista.

Enunciado de la pregunta
1. ¿Qué crees que representa el ámbito educativo para una alumno/a con Trastorno Mental Grave?
2. ¿Los alumnos/as con Trastorno Mental Grave presentan mayor fracaso escolar que los alumnos/as que no tienen ningún Trastorno Mental Grave?
3. Dirías que el Trastorno Mental Grave es un predictor del fracaso escolar, ¿por qué?
4. ¿tienen más dificultades académicas que el resto de alumnos ordinarios a lo largo de su trayectoria educativa? ¿cuáles?
5. ¿El alumno con TMG tiene más dificultades de convivencia?, ¿cuáles?
6. Si un gran número de ellos/as fracasa y/o abandona, ¿conseguir mantenerlos vinculados al contexto educativo sería beneficioso para su pronóstico terapéutico?
7. ¿Cuáles son los predictores del fracaso escolar en una alumno/a con Trastorno Mental Grave? O planteado de otra manera, ¿cuáles son las fortalezas que tiene que tener un alumno con TMG para poder hacer un buen pronóstico de su éxito escolar?
8. ¿Qué piensas de esta frase?, El Trastorno Mental Grave estigmatiza al adolescente que lo padece
9. ¿La detección precoz del Trastorno Mental Grave permitiría tener mejor pronóstico clínico y educativo?
10. A qué edad consideras que el fracaso en alumno/a con Trastorno Mental Grave se da con mayor incidencia: Entre 10 y 12 / Entre 12 y 14 / Entre 14 y 16 / Entre 16 y 18
11. Por tu experiencia, ¿qué Trastorno Mental consideras que afecta más negativamente sobre el recorrido académico del alumno/a?

4.3. Estudios de casos

El escenario desde el que se ha recogido la información ha sido el mismo para todos los casos, tratándose de un contexto de trabajo e interacción con los alumnos-pa-

cientes desde el que se ha recopilado la información necesaria para la construcción de su narrativa. En cuanto a la representatividad de la muestra hemos utilizado la técnica de la comparación analítica a través del muestreo motivado (Coller, 2000). Es así como todos los casos analizados han sido catalogados como paciente con TMG por una unidad de psiquiatría, están en edad escolar y tienen la condición de estudiantes con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años de edad. Estas tres características nos permitirán conformar un grupo heterogéneo desde dentro pero compartiendo características similares que le dan homogeneidad desde fuera. Podemos encontrar alumnos que han tenido un buen recorrido académico y otros que han fracasado escolarmente y/o han dejado de ir al instituto, diferentes trastornos mentales con sintomatologías diferentes e interacciones con el ámbito educativo diferentes –sintomatología externalizante o internalizante- y periodos evolutivos distintos que en la interacción con la enfermedad mental tienen un impacto educativo diverso.

5. Análisis de datos

5.1. Cuestionario

Los datos obtenidos en cada una de las preguntas han sido:

1. *¿Qué crees que representa el ámbito educativo para un alumno con TMG?:* 42.86% considera que representa la normalidad; 28.57% considera que es una dificultad; 14.29% considera que es una oportunidad; 7.14% un espacio de socialización; y 7.14% considera que es tanto una ayuda como un dificultad.
2. *Los alumnos con TMG presentan mayor fracaso escolar que los alumnos que no tienen ningún TMG:* 53.34% está de acuerdo o totalmente de acuerdo y un 46.67% se muestra indiferente. No hay ninguna contestación en contra.
3. *El TMG es un predictor del fracaso escolar, ¿por qué?:* 26.7% considera que el TMG es un predictor del fracaso escolar y 66.7% se posiciona en la mitad de la escala. Con respecto al por qué, 50 % considera que no es el único factor; 14.29% afirma que no todos fracasan; y 35.71% que de una u otra manera condiciona el estudio, pero no necesariamente lo define.
4. *Tienen más dificultades académicas que el resto de alumnos ordinarios a lo largo de su trayectoria educativa, ¿cuáles?:* 80% está de acuerdo o totalmente de acuerdo; 20% sitúa sus respuestas en el medio de la escala, por lo que no hay ninguna opinión en contra. En cuanto a cuáles, 78.57% considera que las dificultades son de concentración, motivación y comprensión; 7.14% por absentismo; y 14.29 % por desfase curricular.
5. *Tienen más dificultades de convivencia un alumno con TMG en su centro educativo:* 80% está de acuerdo y totalmente de acuerdo y 20% muestra su opinión en el centro de la escala utilizada.
6. *Mantenerlos vinculados al contexto educativo sería beneficioso para su pronóstico terapéutico:* 73.4% del profesorado considera que es beneficioso;

20% se muestra en la mitad de la escala de opinión; y 6.7% se posicionan en contra.

7. ¿Cuáles son los factores de protección que debería tener un alumno con TMG para tener éxito académico?: 73.3% considera que tienen que ver con el acompañamiento familiar y social; 13.3 capacidad cognitiva; 6.67 atención terapéutica; y 6.67 la escuela.
8. *El trastorno mental grave estigmatiza al adolescente que lo padece*: 60% está de acuerdo o totalmente de acuerdo con la afirmación, y 40% se posiciona en la mitad de la escala.
9. ¿La detección precoz del TMG permitiría tener mejor pronóstico clínico y educativo? 80% está de acuerdo o totalmente de acuerdo y 20% se muestra indiferente.
10. ¿A qué edad consideras que el fracaso en alumnos con TMG se da con mayor incidencia, entre los 10-12; 12-14; 14-16 ó 16-18?: Entre los 14 y 16 años es elegido por un 42.86%; entre 12 y 14 un 28.57%; entre 10 y 12 un 21.43%. Nadie selecciona entre los 16 y 18 años.
11. ¿Qué trastorno mental consideras que afecta más negativamente sobre el ámbito educativo del alumno?: 46.15% opta por la esquizofrenia; 23.08% por los trastornos de conducta y el resto se reparte de manera homogénea entre trastornos de personalidad, de ansiedad, del ánimo y trastornos generalizados del desarrollo.

Una vez analizado el cruce de variables a través de tablas de contingencia los datos más significativos que obtenemos son los siguientes:

Tabla 2. Mantener a un alumno con TMG vinculado al contexto educativo es beneficioso para su pronóstico terapéutico / La detección precoz del TMG permitiría hacer mejor pronóstico clínico y educativo.

Pruebas de chi-cuadrado						
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	13.292 ^a	6	.039	.023		
Razón de verosimilitudes	13.689	6	.033	.021		
Estadístico exacto de Fisher	11.069			.020		
Asociación lineal por lineal	2.689 ^b	1	.101	.105	.079	.037
N de casos válidos	15					
a. 12 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .13.						
b. El estadístico tipificado es 1.640.						

Tabla 3. Mantener a un alumno con TMG vinculado al contexto educativo es beneficioso para su pronóstico terapéutico / El TMG estigmatiza al adolescente que lo padece.

Pruebas de chi-cuadrado						
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	15.536 ^a	6	.016	.006		
Razón de verosimilitudes	18.773	6	.005	.004		
Estadístico exacto de Fisher	12.890			.005		
Asociación lineal por lineal	1.403 ^b	1	.236	.311	.163	.075
N de casos válidos	15					
a. 12 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .20.						
b. El estadístico tipificado es 1.184.						

Encontramos significación estadística entre las variables *Mantener a un alumno con TMG vinculado al contexto educativo es beneficioso para su pronóstico terapéutico / La detección precoz del TMG permitiría hacer mejor pronóstico clínico y educativo*. Chi-cuadrado (6)=13.292 p .039 < .05. Más del 100% de las casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5 y utilizamos la prueba exacta de Fisher. Obtenemos p .-cuadrado (4)=9.758 p .045 < .05. Más del 100% de las casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5 y utilizamos la prueba exacta de Fisher. Obtenemos p .033 < .05. Podemos afirmar que hay relación entre las dos variables indicadas.

Tabla 4. El TMG estigmatiza al adolescente que lo padece / Dificultades académicas del alumnado TM.

Pruebas de chi-cuadrado						
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	9.758 ^a	4	.045	.033		
Razón de verosimilitudes	9.142	4	.058	.033		
Estadístico exacto de Fisher	6.790			.033		
Asociación lineal por lineal	3.574 ^b	1	.059	.060	.060	.044
N de casos válidos	14					
a. 9 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .21.						
b. El estadístico tipificado es 1.891.						

5.2. Entrevistas

Dado el volumen de textos generados con las 5 entrevistas, compuestas cada una de ellas por 11 preguntas, junto a la reducción y conceptualización de dicha información en mapas semánticos mostramos una síntesis de los resultados en cada una de las preguntas incluyendo alguno de los mapas semánticos más significativos. En las conclusiones profundizaremos con más detalle a la vez que triangularemos la información obtenida con el cuestionario y el estudio de casos:

1. *¿Qué crees que representa el ámbito educativo para un alumno/a con Trastorno Mental Grave?:* Representa una dificultad añadida que adquiere la condición de doble dificultad. Por un lado el riesgo de fracaso escolar en alumnado TMG y por otro es un elemento más de presión, de fracaso personal que no beneficia el proceso terapéutico.
2. *¿Los alumnos con TMG presentan mayor fracaso escolar que los alumnos que no tienen ningún TMG?:* Aparecen algunos elementos que desarrollan la relación entre fracaso escolar y TMG: cómo desarrolle su trabajo el profesor, dificultades derivadas de la sintomatología, historia escolar previa y tipo de apoyo familiar.
3. *¿Dirías que el TMG es un predictor del fracaso escolar?, ¿por qué?:* El trastorno mental por si solo no es un predictor del fracaso escolar, pero puede serlo cuando va acompañado de: el centro educativo no sabe actuar, nivel de tolerancia del alumno y de la familia hacia el fracaso escolar, nivel de gravedad del trastorno, no tener un tratamiento terapéutico adecuado.
4. *¿Tienen más dificultades académicas que el resto de alumnos ordinarios a lo largo de su trayectoria educativa?, ¿cuáles?:* Destacan tres tipos de dificultades académicas: derivadas de la sintomatología (cognición, motivación, relación y atención); disincronía entre lo que el sistema dice que tienen que dar y lo que el alumno puede asumir; y tipo de respuesta del profesorado.
5. *¿Qué dificultades de convivencia plantea un alumno con TMG en su centro educativo?:* Hemos diferenciado entre sintomatología internalizante y externalizante. La externalizante plantea mayores problemas de conducta. La internalizante pasa más desapercibida y está más relacionada con el absentismo escolar.
6. *¿Mantenerlos vinculados al contexto educativo sería beneficioso para su pronóstico terapéutico?:* Mantener vinculado al alumno TMG al centro educativo es beneficiosa tanto para su desarrollo académico como para su mejoría terapéutica.
7. *¿Cuáles son los factores de protección que debería tener un alumno con TMG para tener éxito académico?:* Destacan como factores de protección para tener éxito académico: la familia, acompañamiento terapéutico, capacidad de análisis, modelo de interacción y tipo de trabajo educativo del centro escolar. Como factores de riesgo: agresividad de la enfermedad, entrada en la adolescencia, problemas conductuales, dificultades relacionales y centros Bilingües.
8. *¿Qué piensas de esta frase?, el trastorno mental grave estigmatiza al adolescente que lo padece:* El Trastorno Mental es vivido como un estigma por muchas familias. Habría dos líneas de intervención para combatir el estigma

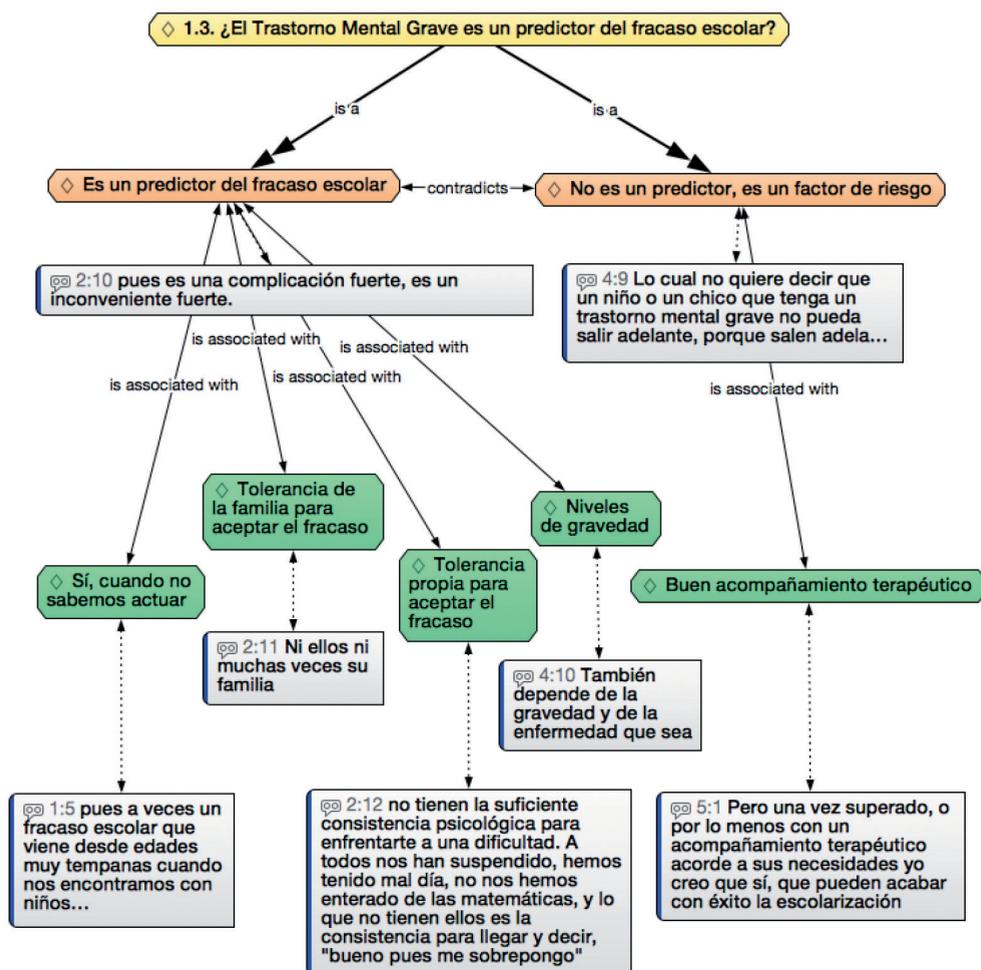


Figura 2. Mapa Semántico 1.3.

de la enfermedad mental dentro del ámbito educativo, uno sensibilizando dentro de los institutos y otro fortaleciendo y trabajando terapéuticamente con el alumno.

9. ¿La detección precoz del TMG permitiría tener mejor pronóstico clínico y educativo?: Existe relación entre la detección precoz y la calidad de la atención educativa y terapéutica que el alumno con TMG pueda recibir.
10. ¿A qué edad consideras que el fracaso en alumnos con TMG se da con mayor incidencia, entre los 10-12; 12-14; 14-16 ó 16-18?: Las edades comprendidas entre los 10 y los 16 años será la etapa educativa de un alumno con TMG que más dificultades plantea y por lo tanto que más riesgo de fracaso escolar lleva asociado.
11. ¿Qué trastorno mental consideras que afecta más negativamente sobre el ámbito educativo del alumno?: Esquizofrenia y trastornos de conducta.

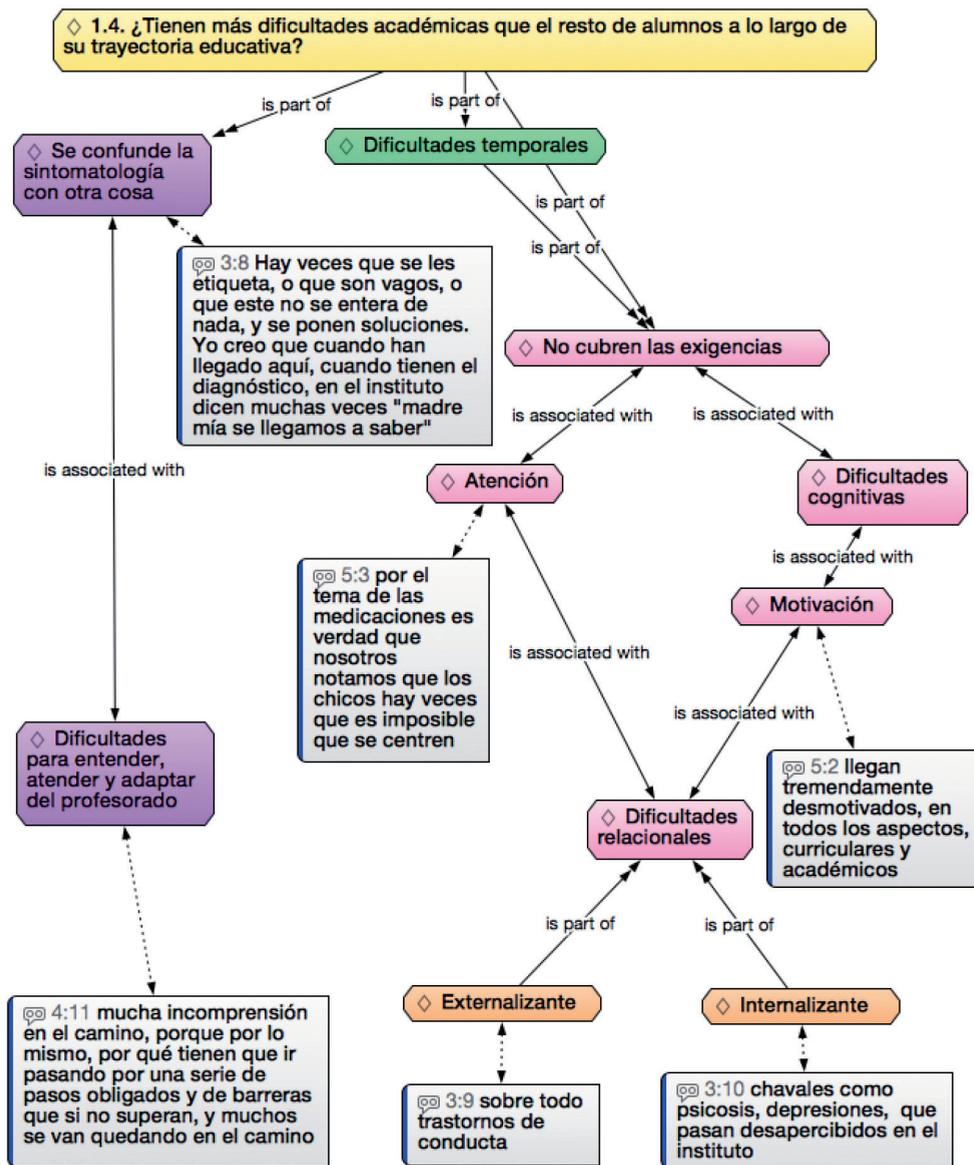


Figura 3. Mapa Semántico 1.4.

5.3. Estudio de Casos

En base al marco teórico utilizado se establecen categorías de estudio: familia que acompaña; buena vinculación con el instituto; éxito académico; sexo; ha repetido algún curso; absentismo/asistencia irregular; mala historia escolar previa; desfase curricular; buena motivación hacia el estudio; no tener hábitos de estudio; reducidas competencias conceptuales y procedimentales/dificultades cognitivas; dificultades de atención; problemas de convivencia por conducta; problemas de convivencia por

exhibición (aquellos comportamientos que tienen que ver con las auto-agresiones, pero que tienen repercusión en la convivencia del grupo-clase e incluso del propio instituto. Mostrar heridas provocadas por el/la propio alumno/a, subir fotografías comprometedoras a las redes sociales....); edad; estilo relacional inhibido; estilo relacional desinhibido; detección precoz; cuándo comienzan los problemas.

Los datos que obtenemos son: en el 72% de los casos las familias no acompañan positivamente y solo un 27,78% vive en un entorno familiar estructurado que facilita el desarrollo educativo y terapéutico del alumno; 61,11% tiene mala vinculación con el instituto; 66,7% ha repetido algún curso; 22,22% tiene éxito académico y un 77,78% obtiene malos resultados y/o fracasa escolarmente; 66,67% tiene una asistencia irregular a clase y/o es absentista; 50% ha tenido mala trayectoria escolar; 50% tiene problemas de convivencia por conducta; el 22,22% tiene problemas de conducta por exhibición; 44,44% presenta desfase curricular; 61,11% tiene mala motivación hacia el estudio; 83% no tiene hábitos de estudio; 50% presenta reducidas competencias conceptuales y procedimentales y/o dificultades cognitivas; el 22,22% presenta un estilo relacional desinhibido y un 77,78% un estilo relacional inhibido; el 50% comenzaron sus problemas académicos en 2º ESO ; y 66,67% presenta dificultades de atención.

Y utilizando tablas de contingencia para comprobar la relación entre variables encontramos que existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de sintomatología (internalizante-externalizante) y la motivación hacia el estudio, en la que el 71,4% de los alumnos que presentan sintomatología internalizante tienen buena motivación hacia el estudio y el 81.8% de los que presentan sintomatología externalizante tienen mala motivación hacia el estudio. Chi-cuadrado (1)=5.103 p .024 < 0,05 y Fisher p .049 < .05. Podemos afirmar que hay relación entre las dos variables indicadas.

Existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de sintomatología (internalizante-externalizante) y dificultades de atención. Un 90.9% de los alumnos que presentan sintomatología externalizante tienen dificultades de atención, frente al 28.6% de los que presentan sintomatología internalizante. Chi-cuadrado (1)=7.481 p .006 < .05 y Fisher p .013 < .05. Podemos afirmar que hay relación entre las dos variables indicadas.

Existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de sintomatología (internalizante-externalizante) y problemas de convivencia en el centro por conducta. Chi-cuadrado (1)=11.455 p .001 < .05 y Fisher p .002 < 0,05. Podemos afirmar que hay relación entre las dos variables indicadas. El 81.8% de los alumnos que presentan sintomatología externalizante tienen problemas de convivencia por conducta y el 100% de los alumnos que presentan sintomatología internalizante no presenta ningún problema de convivencia por conducta.

6. Resultados

El TMG adquiere una dimensión especial en la vida académica del adolescente, no sólo en términos sincrónicos sino sobre todo en términos diacrónicos, ya que el riesgo de cronicidad es muy alto (Montaño, Guillén, Gordillo, Fernández y Solanes, 2013) y por lo tanto expone al menor ante mayores dificultades para construir una vida basada en la autonomía y la inclusión social plena.

El ámbito educativo juega un papel fundamental en el alumnado con TMG, ya que es un espacio ideal para prevenir, diagnosticar y abordar los problemas de salud mental (Gallardo, Leiva y George, 2015). Las entrevistas nos mostraban cómo es fundamentalmente un espacio socializador desde el que vincularse, y que cuando hay otros factores que acompañan como son la familia, prácticas pedagógicas convivenciales del centro y capacidades personales del alumno el instituto se puede convertir en una referencia positiva. Cuando el entorno y la sintomatología no acompañan se puede convertir en una dificultad añadida a la enfermedad. En cualquier caso podemos concluir que es fundamental mantener al alumno/a con TMG vinculado a sus contextos más inmediatos, en nuestro caso el educativo, para su recuperación educativa y terapéutica. En este caso el papel del profesorado adquiere gran relevancia, y la vinculación al centro será más efectiva si se trabaja desde principios de normalización, ayuda y motivación. En las entrevistas podíamos ver cómo la manera en la que el alumno se siente vinculado a su centro junto a cómo interviene el profesorado se convertían en elementos centrales entorno a los cuales se articulaba el discurso de las entrevistadas. Ambos son elementos que hemos podido observar relacionados directamente con el nivel de inclusión de los centros educativos.

La influencia de las habilidades emocionales en el ajuste psicológico del adolescente, en el rendimiento académico y en la adaptación en el aula son determinantes (Garalgordobil y Maganto, 2016). Por nuestra parte hemos indicado 4 consecuencias que podríamos relacionar con el TMG derivadas de esa falta de adaptación al medio escolar, a saber: fracaso escolar, abandono escolar, conductas disruptivas y/o conflicto en la convivencia del centro y bajo rendimiento académico. En relación al fracaso escolar, tanto en entrevistas como en cuestionarios y análisis de casos, obtenemos datos similares. El alumnado con TMG que tiene sintomatología externalizante presenta más dificultades y tiene menos recursos para enfrentarse al contexto educativo visibilizando sus problemas a través del comportamiento. Por otro lado, los adolescentes con pocas habilidades sociales y menor éxito social se relacionan con un estilo de afrontamiento más facilitador en la obtención de buenos resultados académicos. En este sentido, señalamos la relación que se da entre la falta de motivación hacia el estudio, las dificultades de atención y la sintomatología externalizante.

Una de las preguntas que nos hicimos en el inicio de nuestra investigación consistió en plantearse los términos en que el fracaso escolar incidía en la población con TMG y en qué medida se producía esta circunstancia. En este sentido podríamos decir que el fracaso escolar en el alumnado con TMG está relacionado al tipo de intervención educativa que realice el centro educativo –mayor o menor nivel de intención inclusiva como propuesta pedagógica-, de la mayor o menor disponibilidad de herramientas metodológicas por parte del profesorado y del tipo de apoyo familiar con el que cuente el alumno. Hemos podido observar que en los casos analizados un 77.78% obtiene malos resultados académicos. Por otro lado, los alumnos con TMG que fracasan escolarmente tienen más probabilidades de:

- Tener una mala vinculación a su centro educativo.
- Tener una mala historia escolar.
- No tener consolidados hábitos de estudio básicos.

- Presentar problemas de absentismo.
- Haber repetido algún curso académico.
- Tener baja motivación hacia el estudio.
- Presentar dificultades de atención.
- No haber sido detectado precozmente.
- Comenzar sus problemas educativos en 1º de ESO.

Observamos mayor fracaso escolar si va asociado a falta de apoyo familiar, falta de apoyo institucional, impacto del trastorno mental en las funciones cognitivas que más afectan al estudio, dificultades en el mantenimiento de horarios y asistencia irregular a clase, no tener consolidados aprendizajes básicos y hábitos mínimos de estudio, una mala historia escolar previa, tipo de sintomatología -que no sea generadora de conflicto en la convivencia de su centro educativo-, falta de motivación hacia el estudio y la edad. Entre los 10 y los 16 años encontramos mayor riesgo de fracaso escolar.

Hemos podido evidenciar que el impacto en el ámbito educativo del TMG es muy diferente en función del tipo de trastorno al que nos estemos refiriendo, pero destacan la psicosis y los trastornos de conducta como aquellos que más negativamente afectan al recorrido académico del alumno. Serán las manifestaciones más extremas de los dos grandes tipos de dificultades que el alumnado con TMG puede tener para enfrentarse con éxito al ámbito educativo: problemas cognitivos representados por la psicosis (puede producir un deterioro cognitivo muy importante); y trastornos de conducta, que generan problemas de relación, adaptación y adecuación al contexto. El conflicto y el rechazo se convierten en un riesgo altísimo para este tipo de alumnado que dificulta enormemente las posibilidades de éxito académico. Y es que la enfermedad mental comienza a existir para los demás en el momento en el que se hace visible, nunca antes, por eso las enfermedades mentales categorizadas como internalizantes pasan más desapercibidas y las externalizantes que interfieren en la convivencia del centro terminan por expulsar al alumno del sistema.

Las principales dificultades académicas que presenta los estudiantes con TMG son:

- Reducidas competencias conceptuales y procedimentales
- Dificultades de motivación
- Dificultades relacionales. Se evidencian dos tipos de dificultades convivenciales: las externalizantes y las internalizantes.
- Dificultades de atención
- Desfase curricular, desincronía entre lo que tienen que aprender y lo que el alumno puede aprender realmente.
- TMG visto como estigma.
- Historia escolar previa.
- Falta de asistencia (absentismo o irregularidad en la asistencia)
- De tipo personal (actitudinal, motivacional, contextual, sintomatológico)

En cuanto a las dificultades convivenciales observamos que pasan más desapercibidos los que presentan sintomatología internalizante. Aquellos alumnos que presentan sintomatología externalizante generan más conflicto en la convivencia del centro

educativo. No obstante, en ambos casos existen dificultades para adecuarse a las normas convivenciales de su centro educativo.

Hemos visto cómo la salud mental del adolescente correlaciona con variables como los estilos educativos parentales, la autoestima y el rendimiento académico (Rosa-Alcazar, Parada-Navas, Rosa-Alcazar, 2014) y cómo otros autores señalaban el fracaso escolar como factor de la pérdida de salud mental (Jaureguizar, Bernaras, Soroa, Sarasa y Garaigordobil, 2015). Por lo tanto, la relación entre salud mental y rendimiento académico es evidente. Por nuestra parte nos hemos preguntado por los factores de protección que permitirían a un alumno con TMG tener mejor pronóstico educativo, concluyendo que estos serían:

- La familia. Entorno familiar estable. Una situación social y familiar contenedora.
- Acompañamiento terapéutico adecuado.
- Asunción de la enfermedad por parte del alumno y de la familia.
- Modelo de interacción. En la medida que su capacidad para relacionarse con otros se ve menos afectada el pronóstico educativo mejora.
- El centro educativo y la metodología utilizada. Si el centro educativo y su entorno responde a las necesidades específicas del menor: adaptaciones curriculares, sensibilización sobre el tema, normalización e integración y cualificación del personal docente. Proyectos educativos inclusivos. Equipos directivos sensibilizados. Departamentos de orientación dotados de suficientes perfiles profesionales. Centros con ratios reducidas, con grupos flexibles, donde se trabajen contenidos transversales como la convivencia, educación emocional, alumnado mediado, apoyo entre iguales.
- Recursos personales. Hábitos de trabajo consolidados y motivación por el estudio. Buena capacidad cognitiva. Motivación escolar, capacidad de resiliencia, habilidades sociales, interés por los estudios, tener una meta vital. Nivel de autoestima. Asistencia regular al centro educativo.
- Coordinación y seguimiento estrecho entre ámbito educativo y clínico. Se convierte en un elemento fundamental de protección.
- Agresividad de la enfermedad y evolución de la misma.
- Experiencias de éxito escolares previas.

También nos hemos preguntado por la importancia de la detección precoz ya que se convierte en un factor fundamental para establecer un buen pronóstico (Siu, 2016). Las consecuencias disruptivas en las redes sociales, familiares, relación con iguales y en la escuela pueden ser muy negativas. Por lo tanto, cuanto antes se intervenga mejor será el pronóstico educativo. Cabe preguntarse por la pertinencia de que los colegios e institutos sean lugares apropiados para establecer mecanismos de detección precoz del trastorno mental. En base a los datos obtenidos, sin valorar las dificultades que conllevaría y mirándolo de una manera meramente teórica tendríamos que decir que sí. Encontramos relación entre la idea estigmatizante del TMG y las dificultades académicas. En este sentido para que mejore la percepción que del trastorno mental tienen familias y profesorado, y podamos vivenciarla de manera positiva en términos de salud mental, tenemos que implementar modelos de trabajo holístico que nos permitan percibir el trastorno mental alejado del estigma que socialmente lleva asociado (Benjet y Scott, 2016).

7. Discusión y conclusiones

El recorrido académico de cualquier adolescente con TMG recoge una serie de dificultades que harán que su experiencia académica, formativa y preparatoria se vea seriamente perjudicada. En este sentido la institución escolar se convierte en uno de los escenarios de socialización del menor que mayor incidencia pueden tener sobre el diagnóstico y la evolución del trastorno mental.

La sintomatología sub-clínica de tipo emocional y comportamental está muy presente en la adolescencia (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, Muñiz, 2011), este dato habla de la necesidad de prevenir para evitar el riesgo de que la sintomatología curse a enfermedad. Así pues dentro del ámbito educativo podemos evidenciar dos necesidades, la de prevenir el trastorno mental y la de atender a alumnado con problemas de salud mental a través de programas especializados que incidan en la escuela inclusiva y atiendan la diversidad funcional que este alumnado presenta.

Junto a esa dificultad añadida que el alumno con trastorno mental encontrará en su recorrido académico observamos como factor determinante la responsabilidad que la administración pública tiene al respecto, ya que en gran medida, de las prácticas pedagógicas que llevemos a cabo dependerá el recorrido académico del alumno con TMG. En este sentido habría que preguntarse si la escuela se adapta a la realidad de las necesidades específicas de los alumnos con trastorno mental o si se le pide al alumno que se adapte él a la escuela. En definitiva, si nos acercamos más o menos a la escuela inclusiva y en qué medida nos alejamos de la escuela integradora.

Tras realizar nuestra investigación podemos afirmar que el alumno con TMG tendrá más dificultades para terminar la Educación Secundaria Obligatoria y/o promocionar de curso a lo largo de su etapa escolar. Especialmente grave será esta circunstancia cuando se trate de escolaridad obligatoria, es decir hasta los 16 años. El éxito académico se convierte por lo tanto en un elemento central, no solo a nivel académico sino también a nivel terapéutico para el adolescente que padece algún TMG. Mantener la vinculación con el ámbito educativo permitirá al alumno/a con TMG conservar una referencia de normalidad fundamental para provocar mejoras en otros ámbitos de su vida, mientras que fracasar escolarmente en la adolescencia se convertirá en una pérdida importante que pone en peligro su acceso a la autonomía y la adultez.

Concluimos que los centros educativos deberían implementar prácticas educativas que sustenten sus principios en modelos de pedagogías inclusivas, ya que de esta manera evitarían externalizar sus atribuciones de responsabilidad. Entendemos que cualquier propuesta pedagógica debería centrar su atención en aquellos factores que nos hablan de las fortalezas con las que cuenta el alumnado con TMG que mayor éxito académico presenta. Es así como el trabajo con la familia desde los departamentos y equipos de orientación, el mantenimiento de psicoterapias estables, la coordinación estrecha entre ámbito educativo y clínico, así como fortalecer y proteger al alumno/a con TMG en sus relaciones sociales generando contextos amables e inclusivos se convierten en elementos centrales para trabajar con este alumnado. De esta manera se podrían reducir la incidencia de tres de los principales riesgos que se hacen presentes en alumnado con TMG, es decir: fracaso escolar, el bajo rendimiento académico y las dificultades convivenciales.

Por último, señalaremos como limitaciones a nuestro estudio que la muestra utilizada, pese a recoger la totalidad del universo muestral de los CET en la Comuni-

dad de Madrid, debería ampliarse a recursos similares que se implementan en otras comunidades autónomas para alcanzar una mayor representación muestral, y por lo tanto, mayor precisión en los datos. Entendiendo esta dificultad, hemos pretendido ser cuidadosos con su análisis y cautos en la interpretación. También vemos pertinente incorporar al estudio a otros actores, como profesorado de Institutos de Educación Secundaria, sería un campo analítico de obligado cumplimiento para futuras investigaciones.

8. Referencias bibliográficas

- Benjet, C., y Scott, K. (2016). Cómo entender y reducir la alta frecuencia de los trastornos psiquiátricos. *Salud Mental*, 39(6), 285-286. doi:<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.032>
- Coller Porta, X. (2000). *Estudio de casos*. Cuadernos Metodológicos. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Consejería de Sanidad. (2014). *Plan Estratégico de Salud Mental. Dirección General de Hospitales. Salud Madrid*. Madrid: Ed. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Recuperado de <https://goo.gl/fFs8yC>
- Cohen, L., Manion, L., Morrison, K. (2011). *Research Methods in Education*. New York: Routledge.
- Creswell, J. W. (2014). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing among Five Approaches* (4rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Esch, P., Bocquet, V., Pull, C., Couffignal, S., Lehnert, T., Graas, M., Fond-Harmant, L., y Anseau, M. (2014). The downward spiral of mental disorders and educational attainment: A systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry*, 14, 237. DOI: 10.1186/s12888-014-0237-4
- Martín-Contero, M.C., Secades-Villa, R., Aparicio-Miguez, A., Tirapu-Ustároz, J. (2017) Empatía en el trastorno mental grave. *Revista de Neurología*, 64, 145-52. Recuperado de <https://goo.gl/38726L>
- Fernández Liria, A. y Gómez Beneyto, M. Coord. (2009). *Informe sobre la salud mental de niños y jóvenes*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, L., Muñiz, J. (2011). Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a través del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) = Prevalence of emotional and behavioral symptoms in spanish adolescents using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(1),15-25. Recuperado de <https://goo.gl/JlkoJb>
- Gallardo, I., Leiva, L., y George, M. (2015). Evaluación de la Aplicación Piloto de una Intervención Preventiva de Salud Mental en la Escuela: Variaciones en la Desadaptación Escolar y en la Disfunción Psicosocial Adolescente. *Psykhé*, 24(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.24.2.649>
- Garalgordobil, M., & Maganto, C. (2016). SPECI. Screening de problemas emocionales y de conducta infantil: descripción y datos psicométricos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 4(1), 319-328. doi:<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.618>
- Gil Pascual, J. A. (2011a). *Metodología cuantitativa en educación*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

- Gil Pascual, J. A. (2011b). *Técnicas e instrumentos para la recogida de información*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Jaureguizar, J., Bernaras, E., Soroa, M., Sarasa, M., & Garaigordobil, M. (2015). Sintomatología Depresiva en Adolescentes y Variables Asociadas al Contexto Escolar y Clínico. *Psicología Conductual*, 23(2), 245-264. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1712851346?accountid=14609>
- López-Soler, C., Castro Sáez, M., Alcántara López, M., Fernández Fernández, V., López Pina, J. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21(3), 353-358. ISSN 0214-9915. Recuperado de <https://goo.gl/RyJu8j>
- López-Soler, C., Castro Sáez, M., Alcántara López, M., Fernández Fernández, V., López Pina, J. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL, Child Behavior Checklist. *Anales de Psicología*, 26(2) (julio), 325-334. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v26/v26_2/17-26_2.pdf
- Montaño, M. J. G., Guillén, E. G., Gordillo, M. G., Fernández, M. I. R., & Solanes, T. G. (2013). El alma de una sociedad: tratamiento integral en la infancia-adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(2), 507-512.
- Moreno Herrero, A.M., Sánchez Sánchez, F., López de Lumnas Sarmiento, M. (2014). Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychology, Society & Education*, 6(1), 17-26. ISSN 2171-2085 (print) / ISSN 1989-709X (online).
- Navarro-Pardo, E., Meléndez Moral, J.C., Sales Galán, A., Sancerni Beitia, M.D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24(3), 377-383. ISSN 0214-9915.
- Padgett, D. K. (2016). *Qualitative methods in social work research* (Vol. 36). Sage Publications.
- Rosa-Alcazar, A.I., Parada-Navas, J.L., Rosa-Alcazar, A. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescente españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de psicología*, 30(1), 133-142. Doi:10.6018/analesps.30.1.165371.
- Siu, A. (2016) Screening for Depression in Children and Adolescents: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, (164), 360–366. doi: 10.7326/M15-2957
- Szumilas, M., Kutcher, S., LeBlanc, J.C., Langille, D.B. (2010). Use of school-based health centres for mental health support in cape breton, Nova Scotia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(5), 319-28. <https://goo.gl/9LLEuo>
- Hernández Carrera, R. M. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas*, 23, 187-210.